



مؤسسه آموزشی انتشاراتی سیمیا

اعظم صالحی.

روانشناسی اعتیاد ویژه رشته روانشناسی کارشناسی ارشد / اعظم

صالحی

۱۰۰ ص. تهران: سیمیا، ۱۳۹۶.

۹۷۸-۶۰۰-۱۷۷-۴۷۴-۴

فیپای مختصر

۳۵۳۷۱۹۳

■ ناشر: مؤسسه آموزشی انتشاراتی سیمیا

■ عنوان کتاب: روانشناسی اعتیاد

■ مؤلف: اعظم صالحی

■ نوبت چاپ: اول ۱۳۹۶

■ پایگاه اینترنتی سیمیا: www.simia.ir

■ روابط عمومی: ۰۲۱-۸۲۱۵۵



کلیه حقوق این اثر برای انتشارات سیمیا محفوظ است. هیچ شخص حقیقی یا حقوقی حق چاپ و نشر تمام یا بخشی از این اثر را به هر صورت اعم از فتوکپی، چاپ کتاب و جزوه و حتی برداشت به صورت دست‌نویس ندارد و متخلفین به موجب بند ۵ از ماده قانون حمایت از ناشرین تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند.

فهرست

- فصل اول: مقدمه و تعاریف طبقه‌بندی ۲
- فصل دوم: سبب‌شناسی اعتیاد ۷
- فصل سوم: طبقه‌بندی و شیوه‌های مختلف مصرف مواد و علایم تشخیص ۱۶
- فصل چهارم: آثار مصرف مواد مختلف ۳۵
- فصل پنجم: پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد شیمیایی ۵۰
- فصل ششم: بررسی زمینه‌های کاربرد اجتماع درمانی (TC) در درمان معتادان ۵۸
- فصل هفتم: شخصیت و نقش سازه‌های آن در سوء مصرف مواد ۷۲
- فصل هشتم: اعتیاد و خانواده ۸۳
- فصل نهم: خطرات بهداشتی مصرف مواد تزریقی ۸۹
- فصل دهم: پیشگیری ۹۴

فصل ۱

مقدمه و تعاریف طبقه‌بندی

تاریخچه

تریاکا اولین بار توسط پاراسلوس طبیب و شیمیدان بزرگ سوئیسی و توماس سیرنهام پزشک معروف انگلیسی به صمغ شیری رنگ مترشح از میوه کپسولی گیاه خشخاش اطلاق شد. در اروپا مجارستانی‌ها اولین ملتی هستند که با گیاه خشخاش آشنا شده‌اند.

در دوران صفویه در اطراف شهر یزد و کرمان خشخاش کشت می‌شده است، اگرچه خوردن تریاک در زمان صفویه مرسوم بوده، اما کشیدن از زمان ناصرالدین شاه قاجار بوده است. «بقراط در چهارصد سال قبل از میلاد مسیح و «تئوفراست» در همان تاریخ از تریاک برای درمان اسهال و رفع درد استفاده می‌کرده‌اند. تعداد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده‌اند که میانگین سنی این افراد ۱۸ سال است.

سوء مصرف مواد

در این گروه شدت مصرف به حدی نمی‌باشد که وابسته

تلقی شوند، این گروه از بیماران مکرر و به‌طور متناوب از مواد مصرف می‌کنند تا به حدی که با تحمل و علائم ترک همراه باشند.

وابستگی به مواد

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی نام برده می‌شود، هر چند که در میان مردم این بیماری به اعتیاد و خود بیمار به‌عنوان معتاد شناخته شده است. وابستگی یک نشان بالینی است که در پی مصرف مواد علائمی در حالات رفتاری شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف‌کننده ظاهر می‌گردد. شدت وابستگی با رفتارها متعاقب مصرف مواد ما سنجیده می‌شود. امروز علائم رفتاری فیزیولوژیایی و شناختی به اختلال‌های بالینی در فرد مصرف‌کننده منجر می‌شود. این اختلال‌ها عبارتند از:

- **ایجاد تحمل:** بیمار در دفعات بعدی مصرف برای رسیدن به سطح قبل روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد باید مقادیر بیش‌تری از آن را مصرف کند.

- بروز علایم ترک: علایم مصرف مواد، علایم جسمانی و روانی ترک مانند بیقراری، اضطراب، بیخوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر می‌شود.
- تمایل بعدی در بیش‌تر بیماران برای قطع مصرف مواد وجود دارد، ولی بیمار قادر به این کار نمی‌باشد.
- بیمار برای تهیه مواد هزینه وقت و سرمایه‌های دیگران و خانواده را مصرف می‌کند.
- در پی تداوم مصرف مواد و تغییر روانی و رفتاری در بیمار، مشارکت وی در فعالیتهای خانوادگی، اجتماعی و تفریحی و شغلی کاسته می‌شود.
- علی‌رغم آگاهی بیمار عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی‌باشد.

مواد

در DSM-IV اختلال‌های وابسته به مواد به طبقاتی ارجاع شده‌اند که نشانه‌ها یا نشانگان خاص خود را دربرمی‌گیرند که شامل دلیریوم مسمومیت با مواد، دلیریوم ناشی از ترک مواد، زوال عقل دمانس پایدار

ناشی از مواد، اختلال فراموشی، پایدار ناشی از مواد، اختلال سایکوتیک ناشی از مواد، اختلال خلقی ناشی از مواد، اختلال اضطرابی ناشی از مواد، کژکاری جنسی از مواد و اختلال خواب ناشی از مواد می باشد.

در DSM-IV همه مواردی که در طبقه اختلال‌های وابسته به مواد منظور شده‌اند با حالت مسمومیت بیمارگون ارتباط دارند، اما مواد مختلف از این نظر که حالت بیمارگون با حالت ترک مرتبط باشد، پس از دفع ماده از بدن نیز تداوم داشته باشد با هم متفاوتند. در DSM-IV بیمارانی که دچار مسمومیت یا ترک همراه نشانه‌های روانی می‌شوند، اما واجد ملاک‌های الگوی نشانگانی خاصی برای علایم نیستند (مانند افسردگی) تشخیص مسمومیت با مواد یا ترک مواد دریافت می‌کنند که احتمالاً همراه با وابستگی یا سوء مصرف است.

فصل ۲

سبب شناسی اعتیاد

مقدمه

اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی است. عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی به عنوان، عوامل زمینه‌ای، موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به‌طور هدفمند طرح‌ریزی شود. آشنایی با عوامل زمینه‌ساز مستعدکننده بروز اعتیاد و نیز عوامل محافظت‌کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد:

- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدام‌های پیشگیرانه لازم برای آنان
- انتخاب نوع درمان و اقدام‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان

عوامل مخاطره‌آمیز

عوامل مخاطره‌آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین‌فردی و عوامل محیطی و عوامل اجتماعی است.

عوامل مخاطره‌آمیز فردی عبارتند از:

- استعداد ارثی
- دوره نوجوانی
- صفات شخصیتی: صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری،
اعتماد به نفس پایین
- اختلال‌های روانی: افسردگی اساسی، وجود فوبی
- موقعیت‌های مخاطره‌آمیز: ترک تحصیل، بی‌سرپرستی،
تأثیر مثبت مواد بر فرد

دوره نوجوانی: خطرناک‌ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است.

ژنتیک: شواهدی زیاد از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد مخدر وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات نقل و انتقالات شیمیایی مواد در بدن است که تعیین‌کننده تأثیر ماده بر فرد است.

صفات شخصیتی

برخی از صفات، بیش‌تر پیش‌بینی‌کننده احتمال اعتیاد هستند. این صفات عبارتند از: عدم‌پذیرش ارزش‌های

سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت مقاومت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی اختلال‌های روانی: در حدود ۷۰٪ موارد، همراه با اعتیاد اختلال‌های دیگر روان‌پزشکی نیز وجود دارد. شایع‌ترین تشخیص‌ها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال افسردگی اسکیزوفرنی.

نگرش مثبت به مواد

معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون احتمال بروز به اعتیاد.

عوامل مخاطره‌آمیز فردی عبارتند از:

در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی،

ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماری‌ها یا دردهای مزمن، حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش‌های حاد روانی شود.

تأثیر مواد بر فرد: این متغیر وقتی وارد عمل می‌شود که ماده حداقل یکبار مصرف شده باشد.

تأثیر مواد بر فرد مصرف‌کننده به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که همزمان مصرف شده‌اند. هرویین و کوکائین سرخوشی شدید، الک، آرامش و نیکوتین مختصری هوشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی

عوامل مربوط به خانواده: ناآگاهی والدین و ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته احتمال ارتکاب به

انواع بزهکاری‌ها مانند سوء مصرف مواد هستند. تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰٪ موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعاریف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. گروه «همسالان» به خصوص در شروع مصرف سیگار، حشیش بسیار مؤثر هستند

عوامل مربوط به مدرسه: مدرسه از راه‌های زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان می‌باشد:

- بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی، منع مصرف در مدرسه، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان معلمان و مسئولان در زمان نیازهای عاطفی و روانی به خصوص به هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان.

- عوامل مربوط به محل سکونت: نبودن ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وجود مشاغل کاذب، آشفتگی و صفت همبستگی بین افراد محل و حاشیه‌نشینی از جمله این عوامل هستند.

عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی:

- **قوانین:** فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.

- **بازار مواد:** میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد.

- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی
- کمبود امکانات فرهنگی و ورزشی و تفریحی
- عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی

هوش هیجانی در افراد دارای سوء مصرف مواد

بر اساس تعریف گلمن، هوش هیجانی عبارت است از توانایی‌هایی مانند این که فرد بتواند انگیزه خود را حفظ کرده در مقابل ناملایمات پایداری کند، تکانش‌های خود را کنترل کند و کامیابی را به تعویق بیندازد، حالات روحی خود را تنظیم کند و نگذارد پریشانی خاطر قدرت تفکر او را خدشه‌دار سازد، با دیگران همدلی نماید و

کمیابی را به تعویق بیندازد. لیا بیان می‌دارد هوش هیجانی دارای نقش حیاتی و تعیین‌کننده در سلامت روانی - اجتماعی می‌باشد و عدم وجود هوش هیجانی در کودکان به معنای آماده بودن زمینه برای وقوع انواع مشکلات، مسائل و اختلالات رفتاری در آن‌ها خواهد بود. لیا مواردی را که با پایین بودن هوش هیجانی همراه است، به شرح زیر بیان می‌دارد:

- گوشه‌گیری از مشکلات اجتماعی

- اضطراب و افسردگی

- مشکلات مربوط به توجه و تفکر

- بزهکاری یا پرخاشگری

افراد دارای سوءمصرف مواد اگر در مؤلفه‌های تشکیل دهنده هوش هیجانی دارای اشکالات اساسی باشند، آن‌ها در شناخت عواطف شخصی ناتوانند.

خودآگاهی (تشخیص هر احساس به همان صورتی که بروز می‌کند.) سنگ بنای هوش هیجانی است.

خویش‌داری عاطفی یعنی به تأخیر انداختن کامروا

سازی و فرو نشاندن تکانش‌ها که زیربنای تحقق هر پیشرفتی است. لئون معتقد است مصرف‌کنندگان مواد معمولاً در کنترل حالات عاطفی خود بدون توجه به شرایطی که باعث این حالات می‌شود مشکل دارند. این شامل ابراز عاطفه به دیگران یا به شیوه منفی (انتقاد، طرد) و یا محبت است. مؤلفه‌های دیگر هوش هیجانی نیز که عبارتند از: شناخت عواطف دیگران و حفظ ارتباط‌های خود با دیگران در افراد دارای سوءمصرف مواد، دارای نقص است. همدلی، احساس «مهارت انسانی» است. افراد دارای اعتیاد همیشه نقشی منفعل برعهده دارند. لئون معتقد است که: تعدادی از معتادان سابقه رفتار جنایی، یا مشکلات قانونی را دارند. طیف و شدت این مشکلات گستره‌ای را نشان می‌دهد که فرد سبک زندگی ضد اجتماعی را جایگزین رفتار، ارزش‌ها و پیوندجویی کرده است.

فصل ۳

طبقه‌بندی و شیوه‌های مختلف مصرف مواد
و علایم تشخیص

طبقه‌بندی انواع مواد

کندسازها (مسکن‌ها): الکل (اتانول)، باربیتورات‌ها، نمبوتال، سکونال، آرام‌بخش‌های خفیف، میل‌تاون، کساناکس، والیوم، داروهای استثنافی، رقیق‌کننده رنگ، چسب

محرك‌ها: آمفتامین‌ها، بنزدرن، دکسدرین، متدرین، کوکایین، نیکوتین، کافین

مواد افیونی: تریاک و مشتقات آن، کدین، هرویین، مرفین، متادون

داروهای توهم‌زا: ال اس دی، پیسلوسیپین، پی سی پی (فن سیکلیدین)، ماری جوانا، حشیش

شکل و شیوه‌های مصرف مواد

داروهای کند کننده

داروهایی که در دستگاه عصبی و مرکزی ایجاد رخوت می‌کنند عبارتند از: آرام‌بخش‌ها، باربیتورات‌ها (قرص‌های خواب‌آور)، داروهای استنشاقی و الکل اتیلیک
حلال‌های فرار عبارتند از: بنزین، رقیق‌کننده رنگ (تینر)، محلول‌های شوینده و چسب.

هیدروکربن‌ها مواد شیمیایی روان‌گردان، هستند. افشانه‌ها مانند رنگ‌های افشانه‌ای حاوی گونه‌های سمی الکل هستند. مصرف‌کنندگان معمولاً این ماده را گرم می‌کنند و بخار آن را از دهان یا بینی استنشاق می‌کنند. تعداد کسانی که دچار سوءمصرف مواد استنشاقی هستند، چندان زیاد نیست، اما به علل زیر توجه به آن‌ها ضرورت دارد:

- سوءمصرف‌کنندگان بسیار جوانند (پسر بچه‌های حتی ۷ ساله دیده شده که چسب یا بنزین استنشاق می‌کنند).
- بعضی از این حلال‌ها می‌توانند آسیب مغزی دائمی ایجاد کنند.
- سوءمصرف این مواد در مدارس ابتدایی و دبیرستان‌ها رو به افزایش است.

مواد افیونی (داروهای مخدر)

تریاک و مشتقات آن: تریاک از گیاه خشخاش به دست می‌آید، منشأ هرویین، کدیین و مورفین نیز از همین ماده است. رنگ و شکل تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای

سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه به چسب دوقلو می‌دهد.

سوخته تریاک: پس از مصرف تدخینی (کشیدن) تریاک ماده‌ای به رنگ قهوه‌ای سوخته و براق به دست می‌آید که سوخته نام دارد.

شیره تریاک: سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند، سپس آن را از صافی عبور می‌دهند، آن‌چه باقی ماند تفاله نام دارد. محصول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند، با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای تیره به دست می‌آید که شیره نام دارد.

روش‌های مصرف تریاک:

- تدخین
- خوراکی: این روش را بیش‌تر افرادی که بیماری جسمی دارند یا مدت طولانی از روش تدخین استفاده کرده‌اند، به کار می‌برند.
- تزریق

هرویین

یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است، هرویین پودر بسیار نرم و سفید رنگی است که اشکال بسیار ناخالص آن قهوه‌ای رنگ می‌باشد.

روش‌های مصرف هرویین:

- تدخین: گاهی هرویین را با باربیتورات ترکیب نموده و تدخین می‌کنند که به نام سیگار اژدها معروف است.
- استنشاق (دماغی): این روش معمولاً توسط معتادان غیر حرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد.
- تزریق: در این روش هرویین را با آب‌لیمو، جوهرلیمو یا قرص ویتامین C حل می‌کنند.

کدیین

ماده سفید رنگی است که به صورت قرص‌های خالص یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپرین یا شربت‌های ضد سرفه مورد استفاده معتادان قرار می‌گیرد. مصرف مکرر و بدون دلیل و یا با بهانه‌های بی‌مورد قرص‌های

آسپرین - کدیین یا استامینوفن - کدیین نشانه‌ای از اعتیاد است.

مرفین

پودری سفید یا کرم (گاهی به رنگ قرمز آجری) تلخ مزه و بی‌بو است. این ماده در حالت خالص نرم یا ورقه‌ای و به رنگ سفید تا زرد کم‌رنگ می‌باشد. مرفین به صورت آمپول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی گرم مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد.

نشر سیمیا

حشیش

از سر شاخه‌های گیاه شاهدانه که بوته‌ای شبیه به گزنه دارد، به دست می‌آید و ماده‌ای به رنگ خاکستری و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز با قوامی سفت است. حشیش نام اختصاری گیاه شاهدانه هندی است، مهم‌ترین ماده مؤثر آن است که در سیستم عصبی مرکزی فعال است. حشیش به نام‌های ماری جوانا، جوینت، بنگ، گراس، علف و پنیر نیز معروف است. حشیش ممکن است از

قسمت‌های مختلف گیاه تهیه شود که میزان Delta9 T.H.C - آن‌ها متفاوت است.

روش‌های مصرف حشیش:

- **تدخین:** معمولاً حشیش را گرم می‌کنند تا به صورت پودر درآید و سپس آن را با توتون سیگار مخلوط می‌کنند و درون کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند.
- **خوردن:** حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط می‌کنند و آن را می‌خورند، می‌جوند یا می‌نوشند.

قرص‌های ضد درد

مانند استامینوفن - کدین، آسپرین - کدین و شربت‌های ضد سرفه و خلط‌آور حاوی کدین.

داروهای مسکن - خواب‌آور

مهم‌ترین آن‌ها بنزودیازپین‌ها (مثل دیازپام، اگزاپام، لورازپام، فلورازپام، کلونازپام) و باربیتورات‌ها (مثل: فنوباربیتال، سکوباربیتال و نیتوباربیتال) هستند. این داروها از طریق گیرنده گاما آمینوبوتیریک اسید در بدن

عمل می کنند در طب این داروها به عنوان ضد اضطراب، ضد تشنج، شل کننده عضلانی و کمک بی هوشی تجویز می شوند.

مواد محرک

مواد محرک با وابستگی شدید: کوکائین، آمفتامین، متیل فنیدیت، متاآمفتامین، متیل دی اکسی آمفتامین، فن فرازین، دی اتیل پروپیون

مواد محرک با وابستگی کم: کافیین، نیکوتین، فنیل پروپانولامین، افدرین، سودوافدرین، تنوفیلین، فن فلورامین، استریکنین

شناخته شده ترین ماده محرک با وابستگی شدید، کوکائین است.

کوکائین

با شکل هیدروکلراید کوکائین برای انفیه یا تزریق به کار می رود. نمک هیدروکلراید کوکائین از سولفات کوکائین مشتق از برگ کوکا به دست می آید.

در سال ۱۸۸۶ جان پمبرتون برای اولین بار کوکاین را در نوشابه جدیدش به نام کوکا به کار برد و به علت انرژی‌زایی کوکاین مورد پذیرش عمومی قرار گرفت. در دهه ۷۰ مردم مصرف کوکاین را به عنوان ماده‌ای تفریحی استفاده کردند. در اواسط دهه ۸۰ بسیاری از مردم کوکاین را در مقادیر بالا مصرف می‌کردند که متخصصان و مردم خطرات مصرف این دارو را متوجه شدند.

در دهه ۹۰ افرادی که مصرف تفریحی کوکاین داشتند، کاهش زیاد پیدا کردند، اما افرادی که مصرف سنگین کوکاین داشتند مختصری کاهش یافتند. اسامی مختلف کوکاین یا کوک (Coke)، برف (Snow)، خانم (Lady) ready rock و نوع تدخینی آن کراک، bong, freebase, Base, Crack.

کوکاین ماده قلیایی و پودر سفید رنگی است که بی‌حسی موضعی به وجود می‌آورد و محرک بسیار گران است.

روش های سوء مصرف:

- **خوراکی:** یک ساعت بعد از خوردن، غلظت خون در مغز به حداکثری می‌رسد که اثر آن در خون ۳۰ تا ۴۰٪ است.

- **انفیه:** ۱۲ تا ۳۰ دقیقه بعد غلظت خون در مغز به حداکثر می‌رسد که قبل از اواسط دهه ۸۰ شایع‌ترین شکل مصرف بود.

- **تزریق:** سریعاً غلظت خون در مغز به حداکثر می‌رسد (در فاصله بین ۱۰ تا ۱۵ ثانیه به مغز می‌رسد).

- **تدخین:** سریعاً غلظت خون به حداکثر می‌رسد (در فاصله بین ۶ تا ۸ ثانیه به مغز می‌رسد).

خطر مسمومیت و شروع اثر تزریق و تدخین از بقیه شیوه‌ها سریع‌تر است و در تدخین شروع اثر سریع‌تر، اما مقدار کم‌تری کوکائین به مغز می‌رسد (نسبت به تزریق) و دسترسی زیستی تدخین ۵۰ تا ۶۰٪ تزریق است.

کوکائین: در ترکیب با سوء مصرف سایر مواد:

- با الکل، ماری‌جوانا و هرویین مصرف می‌شود.

- ۷۵٪ مرگ‌های ناشی از کوکایین هنگامی است که با سایر مواد مصرف شده است، به‌خصوص همراه الکل که مقادیر کم آن هم خطرناک است.

- ۵۳٪ مصرف‌کننده‌های مواد محرک، ماری‌جوانا هم مصرف می‌کردند.

- ۳۵٪ الکل

- ۲۰٪ داروهای تسکین بخش - خواب‌آور

- ۱۱٪ هرویین (که سرخوشی را زیادتر کرده و عوارض تحریک زیاد از حد را کاهش می‌دهد).

انواع کوکایین:

- خمیر کوکا تدخین Bazooka ۴۰ تا ۸۵٪ سولفات کوکایین دارد که شیر و عصاره خام ناپروورده برگ کوکا است.

- چایی کوکا نوشیدن (از برگ کوکا)

- هیدروکلراید کوکایین

- کوکایین قلیایی

- محلول TAC (تتراکایین آدرنالین کوکایین)

آمفتامین‌ها

تاریخچه آمفتامین

اولین اپیدمی بزرگ آمفتامین در ایالات متحده آمریکا USA در اواسط دهه ۶۰ بود و ۱۳/۵٪ دانشجویان در ۱۹۶۹ آمفتامین را حداقل یکبار مصرف کرده بودند. در سال ۱۹۷۸ مصرف آمفتامین به علت مصرف کوکائین پایین آمد و در اولین دهه ۹۰ دوباره مصرف آمفتامین سیر صعودی خود را از سر گرفت و در سال ۱۹۹۷ به آهستگی کم شد. آمفتامین عمده‌ای که در دهه ۹۰ مصرف می‌شد متامفتامین با نام ICE که کریستال بود و در سال ۲۰۰۱ دوباره سیر صعودی پیدا کرد.

SPEED، متامفتامین یا کریستال

این دارو جزو طبقه داروهای محرک است و نام‌های تجارتی آن شامل: دکسیرین، دیزیوکنین، بی‌پریدین، متدرین و اپدرو است. در پزشکی این دارو در درمان اختلالات کمبود توجه

و کنترل وزن به کار می‌رود و مشابه آمفتامین است اما اثرات بیش‌تری بر سیستم عصبی مرکزی وارد می‌کند و اثرات کم‌تری بر سیستم قلبی عروقی و گوارشی ایجاد می‌کند و نسبت به آمفتامین بهتر در آب حل می‌شود و تزریقش بهتر است.

ICE

بلور بزرگ و شفاف با درصد بالایی از خلوص (بالای ۹۰٪) چون بلور بزرگ شفاف است مشکل می‌شود به آن مواد اضافی افزود.

طریقه مصرف

تدخین: دود آن بی‌بو است و با پایپ شیشه‌ای آن را تدخین می‌کنند.

شکل مصرف

در ابتدا خوردن و سپس تزریق است و همراه با ریتالین در آب حل نمی‌شود. مصرف آن باعث آبه و انسداد رگ‌های کوچک می‌شود و به ریه و شبکه آسیب می‌رساند.

اکستازی

متلین دیوکسی مت آمفتامین MDMA که به عنوان اکستازی، آدام ZTC,E اکس پارتی، دیسکودنس، دیسکوبیسکویت، موزیک اکس، رقص اکس هم شناخته می شود.

شبه - آمفتامین مصنوعی است با خواص توهم‌زایی و تحریک‌کنندگی، این دارو که دارای خواص و اثرات مخرب کم‌نظیری است. این دارو برای اولین بار در سال ۱۹۱۴ توسط آلمان تولید و روانه بازار مصرف گردید. به دلیل توانایی MDMA در ایجاد صمیمیت، گرمی و باز بودن روابط تا قبل از سال ۱۹۸۵ که این دارو ممنوع شد توسط تعدادی از پزشکان و متخصصان داروی ایده‌آلی برای افزایش سرعت فرآیند درمان بیماران روانی به شمار می‌رفت.

MDMA امروزه به علت توانایی این ترکیب دارویی برای ایجاد احساس پیوستگی بین فردی و هیجان حرکتی که همراه با رقصیدن می‌تواند لذت‌بخش و

ممنوع باشد، آن را به داروی ایده‌آل مهمانی تبدیل و در بین جوانانی که در پارتی‌ها و میهمانی‌ها شرکت می‌جویند، رایج نموده است.

مواد توهم‌زا

دسته‌ای از مواد هستند که سبب ایجاد تغییراتی در خلق و ادراک می‌شوند. سه دسته این گروه از مواد: لیزرژیک اسید دی‌اتیل‌آمید (L.S.D) است که به اشکال مختلف مانند قرص نقره‌ای خاکستری رنگ، پودر سفیدرنگ، کپسول و مایع صاف و روشن و بدون رنگ و بو یافت می‌شود و تحمل نسبت به این داروها خیلی سریع و پس از ۳ تا ۴ روز مصرف مستمر پدید می‌آید. اگرچه وابستگی جسمانی نسبت به توهم‌زها به وجود نمی‌آید و با قطع مصرف آن‌ها علایم ترک ظاهر نمی‌شود، اما وابستگی روانی می‌تواند پدید آید. اسامی خیابانی آن عبارت است از: شیشه، پنجره، اسی، حبه، قرص، آسمون آبی، کاغذ خشک‌کن و سفر. L.S.D نخستین دارویی است که در گروه توهم‌زها قرار گرفت.

تاریخچه: اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط شیمی‌دان سوییسی به نام دکتر هافمن ساخته شد. در دهه ۱۹۶۰ شهرت خاصی پیدا نمود و به مرور زمان از استعمال آن توسط مردم کاسته شد. در دهه ۱۹۹۰ مجدداً در میان دبیرستانی‌ها و دانشجویان شهرت پیدا کرد و به‌عنوان ابزار جنبش ضد فرهنگ غرب مورد استفاده قرار گرفت. این دارو در حال حاضر هیچ‌گونه استفاده پزشکی ندارد. در سال ۱۹۶۶ استفاده از این ماده در آمریکا به دلیل پیامدهای بهداشتی و درمانی آن ممنوع اعلام شد.

مدت اثر

تأثیرات روانی این ماده ۳۰ تا ۶۰ دقیقه پس از مصرف شروع می‌شود و حدوداً ۱۲ ساعت باقی می‌ماند و اوج این تأثیرات حدوداً ۴ ساعت پس از مصرف است که به آن ۴ ساعت اول Trip (سفر) می‌گویند.

تأثیرات روانی این ماده وابسته به وضعیت جسمی فرد مصرف‌کننده و نیز محیطی است که وی در آن قرار دارد که اگر خوب و مساعد باشد، به آن Good Trip

(سفر خوب) می گویند و اگر بد باشد، از آن به Bad trip (سفر بد) یاد می کنند. این ماده غالباً به شکل قرص و یا کاغذ خشک کن یافت می شود که غالباً همراه با الکل و یا آب بلعیده می شود.

فن سیکلیدین (PCP)

در دهه ۱۹۵۰، فن سیکلیدین (PCP) به عنوان داروی بیهوشی ساخته شد، لیکن به علت ایجاد روان آشفتگی و گمگشتگی مصرف آن ممنوع اعلام شد. در دهه ۱۹۶۰ به سرنیلان مرسوم بود. امروزه تمامی PCP کشف شده در ایالات متحده در آزمایشگاه های غیرقانونی تولید می گردد، این ماده در شکل خالص آن پودر کریستالی سفید رنگی است که به راحتی در آب حل می شود.

علائم تشخیص اعتیاد در معتادین به مواد مخدر:

- تمایل به کناره گیری از بستگان و معاشرت با دوستان مشکوک
- مخفی نگهداشتن اعتیاد از دید خانواده
- حالت خواب آلودگی و افسردگی و عدم تحرک

- درخواست مکرر پول از افراد به بهانه‌های مختلف
- پررویی، یاهه‌گویی و دروغ‌گویی
- تضعیف حافظه، عدم احساس مسئولیت و وقت‌شناسی
- خیره شدن به یک نقطه و عکس‌العمل‌های همراه با مکث و تردید
- کاهش یا افزایش اشتها و تمایل بیش‌تر به کشیدن سیگار و مصرف چای
- وجود اثرات سوختگی در انگشتان و لباس‌ها و کشف وسایلی از قبیل دستمال کاغذی لوله شده استعمال داروهای خواب‌آور
- وجود نقطه‌های آبی یا سیاه بر روی بازو و ساق و حتی پشت دست معتاد
- تغییر حالت غیرطبیعی مردمک چشم
- در صورتی که شخص مشکوک به اعتیاد به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت به‌طور مداوم تحت نظر قرار گیرد، علایمی مانند تشنج، دردهای شدید عضلانی، توهم و ناراحتی عصبی ظاهر خواهد شد.

- پلک زدن
- خمیازه کشیدن
- آبریزش بینی
- یبوست (بیش تر در تریاکی ها)

ویژگی های شخصیتی که افراد را در معرض اعتیاد قرار می دهد:

- حساسیت بیش از حد به احساسات ناخوشایند خود
- و دیگران
- کمبود انگیزه برای کنترل رفتار
- تکانشگری
- هیجان طلبی، تحمل کم و بی حوصلگی
- آستانه پایین تحمل ناکامی ها
- نداشتن روش های مورد قبول اجتماع جهت کسب لذت
- احساس ناامیدی در مورد رسیدن به اهداف

فصل ٤

آثار مصرف مواد مختلف

آثار جسمانی - روانی مصرف مواد مختلف

آثار مصرف حشیش

این آثار عبارتند از: تغییرات رفتاری یا روانی سرخوشی و خنده خود به خودی، درک قوی تر رنگ، صدا و موسیقی، احساس کند شدن گذر زمان به جهت تأثیر بر این که روی حافظه و درک زمان اثری می گذارد اختلال توجه و تمرکز، اختلال در حافظه و قضاوت، اضطراب و افسردگی علایم سایکوتیک مثل توهم و هذیان.

حشیش قندخون را پایین آورده و نشئه خوری را زیاد می کند. قرمز شدن چشم ها که تا یک ساعت قرمز می ماند و به طور فیزیولوژیکی از بین می رود.

عدم تعادل حرکتی، افزایش ضربان قلب، کار دستگاه لیمبیک (تغییر در خلق و شناخت) را مختل می کند، درک بینایی، چشایی، لامسه و بویایی مختل می شود - خشکی دهان - سوء ظن به همه چیز و همه کس - همدلی کمتر می شود - توالی حرف زدن به هم می ریزد -

کاهش درک عواطف دیگران - خنده‌های بی مورد و عجیب - احساسات پارانوئیدی پیدا می کند.

کاربرد طبی مصرف حشیش

بیماران سرطانی که دچار کاهش وزن می شوند با مصرف ماری جوانا اشتهاى زیادى پیدا می کنند. خاصیت آنتی بیوتیکی، ضد درد و در بعضی از تومورهای سرطانی می تواند باعث عدم رشد شود. در بیماران آسمی مصرف ماری جوانا حملات آسمی را کاهش می دهد. در درمان آب سیاه چشمی باعث کاهش محسوس فشار چشم می گردد. در بیماران عصبی یعنی MS خاصیت درمانی دارد و کمک می کند که بیماری کنترل شود و قدرت عضلات را برمی انگیزد.

چند نکته

بافتهایی که THC حشیش را جذب می کنند عبارتند از: مغز، غدد آدرنال، کبد، تخمدان ها و بیضه ها

مهم‌ترین راه دفع: مدفوع و سپس ادرار می‌باشد.
کسی که سوءمصرف حشیش دارد ۱ تا ۳ روز جواب
آزمایش مثبت دارد.

آثار مصرف مواد افیونی

آثار مصرف مواد افیونی تا ۸ ساعت پس از مصرف باقی
می‌ماند و عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی ابتدا سرخوش و سپس،
بی‌تفاوتی، کج خلقی و پر خاشگری و بیقراری یا کندی
و اختلال قضاوت

- تهوع و استفراغ
- کاهش احساس درد
- احساس گرما و گرگرفتن و خارش بینی
- سنگینی دست و پا و رخوت
- خشکی دهان
- کاهش فشار خون
- انقباض مردمک

- انقباض عضلات صاف و مجاری صفراوی
- افت عملکرد

آثار مصرف داروهای مسکن - خواب آور

آثار مصرف این داروها معمولاً چند ساعت تا یک روز باقی می ماند این آثار عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی
- گیجی و رخوت و خواب آلودگی
- شل شدن عضلات
- بههم خوردن تعادل
- اختلال عملکرد شغلی و عملی

آثار مصرف کوکائین:

- تحریک مرکز لذت مغز
- سرخوشی
- افزایش انرژی
- تمرکز و هوشیاری بیش تر
- خوداتکایی و اعتماد به نفس بالا

- کاهش اشتها (در مصرف کم)
- افزایش ضربان قلب، فشار خون، تنفس و دمای بدن
- کاهش دمای پوست

در مصرف بالا

سرخوشی همراه با تحریک، به صورت افزایش تمرکز، پرحرفی، تکرار اعمال، افزایش میل جنسی و تغییر رفتاری جنسی

آثار مصرف آمفتامین ها

آثار مصرف آمفتامین ها معمولاً یک تا دو روز طول می کشد، این آثار عبارتند از:

- انرژی و فعالیت را افزایش می دهد، حس اطمینان به خود را افزایش می دهد، شادی و مهربانی و کلاً احساسات مثبت را بالا می برد.
- موجب سرخوشی، بی اشتها، کاهش خستگی و پرحرفی می شود.

در مصارف مکرر

ضربان قلب و تنفس و فشار خون را زیاد می‌کند و بی‌خوابی و لرز و تحریک‌پذیری به‌وجود می‌آورد و نیز با پدیده تحمل همراه است.

مصرف بالاتر

افزایش ضربان قلب، فعالیت‌های حرکتی تکراری (مثلاً کوبیدن انگشت روی میز به‌صورت غیرارادی).

مصرف خیلی بالا:

- تشنج، اغماء، مرگ
- آمفتامین از مرحله حرکت سریع چشم در خواب که همراه خواب دیدن است، ممانعت به عمل می‌آورد.

کاربردهای طبی:

- نارکولپسی (حملات مکرر خواب)
- اثرات بر روی رفتار مستقیماً فعالیت‌ها را افزایش نمی‌دهد، بلکه خستگی و بی‌حوصلگی را پایین می‌آورد و هوشیاری را بالا می‌برد و در نتیجه وضعیت فعالیت‌ها را افزایش می‌دهد.

- در ورزش: خیلی کم اثر افزایش دهنده دارد و خطرات زیادی را به وجود می آورد که شامل بالا رفتن درجه حرارت بدن و حتی مرگ می شود.

آثار مصرف متامفتامین یا کریستال:

- افزایش فعالیت، پرحرفی، افزایش انرژی، کاهش خستگی، بی اشتها، سرخوشی، افزایش سطح هوشیاری
- تحریک پذیری، تپش قلب، افزایش فشار خون، بی خوابی

اثرات عادی مصرف کنندگان تا ۱۲ ساعت باقی می ماند و در مصرف بیش از حد آن، فرد مصرف کننده غذا می خورد در مرحله crash و در قطع مصرف، خسته و افسرده است. دیگر اثرات جانبی دارو که به صورت عمومی تجربه می شود:

- قفل شدن فکها
- ساییدن دندانها به یکدیگر
- عرق کردن
- کاهش اشتها و برافروختگی

مکانیسم عمل

مکانیسم محل اولیه MDMA تأثیر بر نظم سروتونین است. این ماده غالباً توسط جوانان و نوجوانان مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد، بنابراین اولاً بزودی باعث عوارض ناشی از اعتیاد نمی‌شود و ثانیاً برای ترک آن باید به مسایل و مشکلات این قشر توجه ویژه نمود. افرادی که بیماری عاطفی دارند با مصرف MDMA همخوانی دارند. فردی که به کوکائین وابسته است، افسرده است و مصرف این دارو احتمال دارد وی را بیش‌تر افسرده کند.

اثرات ذهنی MDMA (مرحله فلات): افزایش توانایی تعامل و تماس با دیگران، تغییر ادراک زمانی، کاهش دفاعی بدن، تغییر در ادراک بینایی، افزایش آگاهی از هیجان‌ها، کاهش پرخاشگری، تغییرات گفتاری، کاهش وسواسی بودن، کاهش بی‌قراری، کاهش تکانشی بودن

M.D.A (متیلن دیوکسی آمفتامین)

بنابر پژوهش‌های شویگن دارای آثار توهم‌زا می‌باشد

و فرد تجربه بازگشت به گذشته را به همراه همدلی (Enpathy) و پیوندجویی به همراه همدردی (Sympathy) را پیدا می‌کند.

MDMA (۳/۴ متیلن دیوکسی متامفتامین)

مستی و کیفوری آن تا ۲ ساعت است، همراه با تغییر هوشیاری با تظاهرات احساسی (Sensual) که فرد احساس آشتی‌جویی با اطراف پیدا می‌کند.

عوارض مصرف طولانی مواد مختلف

عوارض مصرف طولانی حشیش

حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی در مورد مصرف طولانی و احساس ولع شدید برای مصرف (Craving) می‌شود.

گرایش به سوی مواد خطرناک‌تر: مصرف‌کنندگان هرویین، تریاک و کوکائین غالباً اعتیاد را با حشیش آغاز کرده‌اند.

عوارض مصرف طولانی حشیش:

- التهاب و انسداد مزمن مجاری تنفسی
 - عفونت‌های ریوی و سرطان ریه
 - کاهش تعداد و فعالیت اسپرم‌ها
 - اختلال در سیکل قاعدگی و ایجاد سیکل‌های بدون تخمک‌گذاری
 - کاهش وزن و ایجاد نقایص مادرزادی در جنین
 - عفونت مغزی و تشنج
 - اختلال‌های روانی شدید و پایدار مانند: سایکوز دلیریوم
- عوارض مصرف طولانی مواد افیونی: مواد افیونی به شدت اعتیاد آورند و تنها با چند بار مصرف نسبت به آن‌ها وابستگی و تحمل ایجاد می‌شود، مانند:
- یبوست
 - تیره شدن رنگ پوست
 - کاهش میل جنسی و اختلال نعوظ در مردان
 - بهم خوردن دوران قاعدگی در زنان
 - کاهش وزن و سوء تغذیه

- تأثیر در جنین و سقط جنین و تولد کودکان ناقص‌الخلقه
- سرطان ریه
- پایین آمدن سطح سلامتی به علت بی‌توجهی به وضعیت بهداشتی و مراقبت‌های فردی
- تغییر ساعات خواب، بیداری، خواب‌آلودگی و چرت زدن در طول روز
- افسردگی
- تأثیر سوء در بافت‌های مغزی و افزایش آمادگی آسیب‌رسانی و حتی خودکشی
- قانون شکنی
- بی‌توجهی معتاد در جریان‌ات سیاسی
- ناتوانی در فراگیری مهارت‌ها و کاربرد متناسب آن‌ها که منجر به کاهش تولیدات فردی، خانوادگی و ملی می‌شود.
- اشاعه بیش از پیش جرم و جنایت از قبیل، سرقت، قتل و فساد

عوارض تزریق وریدی: آبسه عفونت‌های پوست، اندوکاردیت
کزاز، ایدز، هپاتیت B و انتقال آن‌ها به دیگران.

عوارض مصرف طولانی داروهای مسکن و خواب‌آور:
افسردگی، سردرد، ناراحتی گوارشی، آسیب کبدی،
اختلال حافظه

عوارض مصرف محرک‌ها در مقادیر بالا:

- آهسته شدن هدایت قلبی
- تحریک‌پذیری بطنی و تخریب عصبی
- دوره‌های بالا رفتن فشار خون
- دوره‌های بالا رفتن درجه حرارت بدن
- تشنج و کاهش اکسیژن مغز
- خستگی و از پا افتادگی جسمانی
- حالت‌های سایکوتیک
- خشونت
- رفتارهای پرخطر (تزریق مشترک، تصادف با
اتومبیل، بی‌بند و باری جنسی و ...)

عوارض مسمومیت با مواد

عوارض مسمومیت با کوکائین: فرد دچار حمله‌های قلبی، انقباض عروق خونی تپش قلب می‌شود.

مسمومیت با MDMA (اکس تاسی): ۲ تا ۴ دقیقه پس از مصرف خوراکی، یورش شبه آمفتامین ناگهانی و افزایش ادراک حسی تجربه می‌شود، این احساس هم‌چنین با حالت تهوع خفیف و بعضی اوقات به اندازه کافی شدید که منجر به استفراغ می‌شود، همراه می‌گردد. این مرحله بلافاصله با مرحله فلات دنبال می‌شود.

علائم ترک مواد مختلف

علائم ترک حشیش: تحریک پذیری، بی‌قراری و اضطراب، اختلال خواب و بی‌اشتهایی، تعریق و لرزش، اسهال، تهوع و استفراغ، دردهای عضلانی، افزایش درجه حرارت بدن

علائم ترک مواد افیونی: گرفتگی، تحریک پذیری، افسردگی و بی‌خوابی، گرفتگی عضلانی و درد استخوانی، آبریزش از چشم و بینی، دل‌پیچه و اسهال، سیخ شدن موهای بدن،

خمیازه، سکسکه و عطسه، اتساع مردمک‌ها، بی‌نظمی
درجه حرارت بدن (تب)، احساس سرما و لرز، تمایل شدید
به مصرف مجدد

علائم ترک آمفتامین‌ها: خستگی و افسردگی، اضطراب
و بی‌قراری، دیدن خواب‌های ناخوشایند، اختلال خواب،
افزایش اشتها، تهییج یا کندی روانی - حرکتی.

نشر سیمیا
simia.ir

فصل ۵

پیشگیری از بازگشت در افراد وابسته به
مواد شیمیایی

مقدمه

میلر و هستر در بررسی ۵۰۰ گزارش تحقیقی در مورد نتایج و اثربخشی برنامه‌های ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که ۷۵٪ درمان افرادی که دوره درمان را کامل نموده بودند، در فاصله یک‌سال پس از تکمیل درمان، عود داشته‌اند.

کاتالوند و دیگران در ۱۹۸۸ (به نقل از مارلت، ۱۹۹۲) گفته‌اند که میزان عود در بین مصرف‌کنندگان مواد افیونی بین ۲۵ تا ۹۷٪ بوده است. هانت و دیگران نشان دادند که حدود ۶۵ تا ۷۰٪ الکلی‌ها یا افراد الکلی، معتادان به مواد مخدر و مصرف‌کنندگان سیگار در فاصله یک‌سال پس از شروع درمان، عود داشته‌اند و به گفته آن‌ها بیش‌ترین عودها در فاصله سه ماه بعد از اتمام دوره درمان اتفاق افتاده بود.

پیشگیری از عود

مارلات مبدع برنامه رفتاری - شناختی پیشگیری از بازگشت است. مارلات احتمال بازگشت را در زمان‌هایی

که مراجع علت افزایش را درونی و پایا می‌داند، بیش‌تر برآورد می‌کند، چون لغزش را غیرقابل کنترل قلمداد می‌کند. دلالت‌های ذهنی نظر مارلات عبارت است از:

- هدف نهایی ترک است نه استفاده کنترل شده
- کمک به مراجعان برای فهم محتمل بودن لغزش، اما این بدین معنی نیست که آن‌ها گهگاه اجازه مصرف دارند.
- لزوم آموزش‌های مدارا، انتظار (پیش‌بینی)، اجتناب و مقابله با موقعیت‌های خطرزا
- یادگیری پاسخ‌های کارآمد برای مدارا با لغزش
- مخالفت با هر گونه انتظارات مثبت از مواد مخدر در مراجعان در یادآوری مشکلات اعتیاد.

عوامل مؤثر در عود

در کشورهای غربی عوامل مؤثر در عود را می‌توان به چهار گروه عمده تقسیم نمود:

- عوامل فردی
- عوامل بین فردی

- عوامل اجتماعی

- عوامل موقعیتی

عوامل فردی

این عوامل شامل ویژگی‌های فردی، نگرشی، مهارت‌های اجتماعی، نحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی - اجتماعی می‌باشد.

طول مدت اعتیاد نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب‌دیدگی شخصی و نقشی که سوءمصرف مواد در شیوه زندگی کلی فرد بازی می‌کند به نوبه خود می‌توانند در احتمال عود تأثیر بگذارد.

عوامل بین فردی

به محیط اجتماعی فرد یعنی خانواده و دوستان نزدیک و خرده فرهنگ حاکم بر آن اشاره می‌کند.

به موضوع‌هایی چون محل سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذراندن اوقات فراغت، داشتن مهارت‌های لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی

و اشتغال، نگرش کار فرمایان نسبت به سوء مصرف مواد سابق، قوانین حاکم بر استخدام معتادان و بالاخره دیدگاه کلی جامعه در مورد مصرف مواد اشاره می کنند.

عوامل موقعیتی

به محل و موقعیت های مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت می کنند.

شناخت درمانی برای تداوم بهبودی و جلوگیری از عود

- پیشنهاد های عملی برای مراقبت بالینی بیماران:
- درباره مدل بیماری اعتیاد بحث و مجادله نکنید.
 - از بُعد روحی، روی نگردانید یا آن را کم اهمیت نپندارید.
 - از مرحله بهبودی آگاه باشید.
 - از دادن تکلیف زیاد خودداری کنید.
 - تشخیص دو گانه: درمانگر بیش تر اوقات دست کم با دو تشخیص سروکار دارد که رقیب هم هستند و همین امر به نحو چشم گیری درمان را پیچیده و مشکل

می‌سازد. احتمالاً رویکرد شناختی، درمان انتخابی این جمعیت محسوب می‌شود.

نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد

تأثیر اولیه مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه است که برای شروع کمک به افراد در شناختن معنای زندگی‌شان به کار گرفته می‌شود که می‌تواند دربرگیرنده آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند نمودن زندگی باشد.

کارسون معتقد است که یکی از دلایل مصرف مواد بی‌هدفی انسان است و مذهب نقش مهمی در هدفمند نمودن زندگی انسان به وسیله دوری از گروه‌های منحرف و خرابه‌کار، کسب ارزش‌های سازنده و مشارکت آنان در جامعه دارد.

تأثیر ثانویه مذهب، مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه‌به‌گاه مواد را شروع کرده‌اند. توسعه مذهبی همبستگی بالایی

با سلامت روان، معاشرت، رفاقت، تعهد و الزام و عبادت داشته است. نیز همبستگی منفی بین داشتن آسیب‌های اجتماعی و مذهبی بودن نشان داده‌اند.

کانز و جزبرشیت، در بررسی‌های خود نشان دادند که بین پایبندی به مذهب با مصرف الکل و داروهای اعتیادآور ارتباط منفی وجود دارد. در پژوهشی که توسط گوچران بر روی ۳۰۰۰ نوجوان صورت گرفت، مشخص شد که بین مذهبی بودن و تکرار مصرف مواد، ارتباط منفی وجود دارد.

افرادی که به مذهب وابستگی پیدا می‌کنند، به ناچار با افراد مذهبی به ارتباط متقابل می‌پردازد و در صورت مصرف مواد، مورد سرزنش و طرد آنان قرار می‌گیرند. مشارکت در فعالیت‌های مذهبی زمان کمی را برای تجربه مواد در فرد باقی می‌گذارد. هم‌چنین یک شبکه حمایتی فراهم می‌سازد که فرد را از موقعیت‌هایی که فرصت استفاده از مواد پیش می‌آورد، جدا می‌سازد.

تعهد نسبت به مذهب و اهداف آن، به زندگی فرد

معنی می‌دهد که دیگر نیاز نیست فرد معنای زندگی خود را در چیز دیگر ببیند، در این صورت مصرف مواد دیگر جذابیتی ندارد.

سیستم اعتقادی اکثر مذاهب، مخالف با مصرف مواد است و آموزش‌های آنان تقویت‌کننده عقاید منفی در برابر مصرف مواد است.



نشر سیمیا
simia.ir

فصل ۶

بررسی زمینه‌های کاربرد اجتماع درمانی
(TC) در درمان معتادان

مقدمه

اجتماع درمانی یا اجتماع درمان‌مدار نوع خاصی از درمان است که در آن تغییر بر اساس زندگی اجتماعی در محیط بسته و ساخت‌یافته صورت می‌گیرد.

تعریف اجتماع درمانی (اجتماع درمان‌مدار)

اجتماع درمان‌مدار یا TC یک برنامه ساختار یافته و نظارتی قوی است که برای درمان مسائل رفتاری، هیجانی و خانوادگی مصرف‌کنندگان مواد طراحی شده است. در این اجتماع بر خودیاری، رشد فردی و حمایت همسالان تأکید می‌شود.

تاریخچه اجتماع درمان‌مدار

ابداع این برنامه یک دهه بعد از اجرای آن جهت درمان بیماران روانی بود که در بیمارستان‌های روانی، توسط جونز و همکارانش در انگلستان در سال ۱۹۵۳ راه‌اندازی شد.

روش TC که ابتدا به اسم عامیانه synanon شناخته شد، اولین بار به شکل کنونی در سال ۱۹۵۸ و تا حدی برگرفته از فلسفه حاکمه بر الکلی‌های گمنام به کار گرفته شد و به سرعت کارایی خود را در درمان و بازتوانی معتادان نشان داد.

اهداف اجتماع درمان مدار

هدف TC ایجاد تغییرات کلی در سبک زندگی معتاد است که شامل موارد زیر می‌باشد:

- پرهیز از مواد مخدر
 - ایجاد صداقت فردی
 - کسب مهارت‌های اجتماعی مفید
 - حذف عقاید ضد اجتماعی و رفتارهای غیرقانونی
- در TC عملاً اهداف درمانی روان‌شناختی و اجتماعی به صورت همزمان تعقیب می‌شود و به منظور دستیابی به اهداف، معتاد مجبور است که مدتی حدود (۳ ماه تا ۳ سال) در اجتماعات درمان مدار با برنامه‌های هدفمندی که برای وی در نظر گرفته شده است، زندگی کند.

دیدگاه‌های TC

TC سوءمصرف مواد را بیماری یا اختلال می‌داند که تمامی و یا بخشی از زمینه‌های عملکرد فردی (شناختی، رفتاری، هیجانی، طبی، اجتماعی یا معنوی) را دربرمی‌گیرد.

در TC مشکل یا مسأله اصلی خود شخص است نه مواد، اعتیاد یک علامت است نه ریشه اصلی اختلال و سم‌زدایی شیمیایی شرط وارد شدن به اجتماع درمان‌مدار است نه هدف آن.

عواملی که در فرآیند تغییر مؤثر هستند، عبارتند از:

- انگیزه‌مندی: فرد دارای انگیزه کافی برای بهبودی باشد.

- خودیاری و خودیاری متقابل: هر فرد هم در فرآیند تغییر خود مشارکت داشته باشد، هم به‌عنوان الگو و سرمشق در تغییر دیگران مؤثر واقع می‌شود.

- یادگیری اجتماعی: الگوهای رفتاری بیمارگونه، گرایش‌ها و نقش‌های منفی، هیچ‌کدام در تنهایی ایجاد

نشده‌اند و به‌طور مجزا از اجتماع و روابط انسانی نیز قابل برگشت و تغییر نیستند.

ساختار TC

اجتماع درمان‌مدار دارای یک ساختار سلسله‌مراتبی می‌باشد که تشکیل شده است از کارمندان نسبتاً محدود و بیماران مقیم که در سطوح مختلف قرار دارند.

مراحل برنامه

ساختار سلسله‌مراتبی در اجتماع درمان‌مدار به‌گونه‌ای پیش‌بینی شده که همراه و برحسب هر مرحله و نیز کل مراحل حرکت از بیرون به درون را میسر می‌سازد. یک دوره اجتماع درمان‌مدار شامل پنج مرحله اصلی است:

- مرحله جهت‌یابی
- مرحله درمان
- مرحله پیش از ورود مجدد
- مرحله ورود مجدد
- مرحله مراقبت بعدی

مرحله جهت یابی

اهداف: آشنا نمودن مقیم با فلسفه، قوانین، فرآیند گروه و سایر اطلاعات مربوط به برنامه و جهت دهی نگرش او به برنامه TC و ارزیابی آن

مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است و حدوداً از ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد.

مرحله درمان

اهداف: تمرکز عمده بر روش اهداف اصلی روان شناختی و اجتماعی است (خود یاری، مشکلات رفتاری، خانوادگی، تربیتی و حرفه ای سوء مصرف مواد و ...)

مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است و حدوداً از ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد.

مرحله پیش از ورود مجدد

اهداف: تدارک مقدماتی جدایی مقیم از اجتماع TC
مدت: بر حسب طول دوره TC متغیر است.

مرحله ورود مجدد

اهداف: کامل شدن جدایی فرد از اقامت در TC: ارائه خدمات مشاوره‌ای در زمینه مشاوره حرفه‌ای، همکاری با سایر گروه‌های خودیار و سایر سیستم‌های اجتماعی، تربیتی و حمایتی.

مدت: برحسب طول دوره TC متغیر است.

زندگی درست از دیدگاه TC

TC دارای احکام و معیارهای معینی است که آن را برای بهبودی خودیارانه، یادگیری اجتماعی، رشد شخصی و زندگی سالم، ضروری می‌داند.

بهبودی از دیدگاه TC

هدف درمان در TC، همه جانبه است. هدف اولیه روان شناختی، عبارت است از تغییر الگوهای منفی در رفتار، افکار و احساساتی که زمینه ساز مصرف مواد می‌شوند. هدف اصلی اجتماعی نیز رشد یک سبک زندگی عاری از مواد و مسئولیت‌پذیر می‌باشد، اما بهبودی پایدار بستگی

به حفظ تمامیت این اهداف روان‌شناختی و اجتماعی با هم دارد. تغییر در TC باید به‌صورت عبور از مراحل پیشرونده یادگیری درک شود.

این مراحل عبارتند از:

- انگیزه‌مندی
 - خودیاری و خودیاری متقابل
 - یادگیری اجتماعی
 - رویکرد TC
- شاخص‌های اختصاصی زیر، مشخصه مفهوم «اجتماع در حکم یک شیوه و مدل» هستند:
- استفاده از نقش‌های مشارکتی
 - استفاده از بازخورد عضویت
 - استفاده از عضویت به‌عنوان سرمشق
 - استفاده از قالب‌های جمعی برای هدایت تغییر
 - استفاده از ارزش‌ها و هنجارهای مشترک
 - کاربرد ساختار و سیستم

- استفاده از ارتباط باز
- استفاده از روابط

فرآیند درمان در TC

رویکرد اصلی برای تسهیل تغییر عبارت است از استفاده از اجتماع به عنوان یک شیوه، که این خود به معنای استفاده از مداخلات متعدد است.

مراحل تغییر در TC

در یک TC درازمدت سنتی، از دیدگاه برنامه، سه مرحله اصلی وجود دارد که هر کدام نیز دارای چند دوره هستند.

این مراحل به طور مشخصی در طول برنامه براساس مدت زمان از یک دیگر تفکیک می شوند و به قرار زیر هستند:

- مرحله ۱: استقرار حدوداً ۱ تا ۶۰ روز به طول می انجامد.

- مرحله ۲: درمان اولیه: که حدوداً ۲ تا ۱۲ ماه به درازا می کشد.
- مرحله ۳: بازگشت: که حدوداً ۱۳ تا ۲۴ ماه می باشد.

مراحل درمانی درونی سازی

در TC ها درون سازی، اهمیت خاص و برجسته ای دارد، زیرا نیروی اجتماع به عنوان یک شیوه می تواند به راحتی نگرش ها و رفتارهای عینی و قابل مشاهده را تعدیل کند. یکی از مهم ترین شاخص های درونی سازی انتقال تأثیرات یادگیری جدید از پیامدهای بیرونی (عینی) آن به سمت تجارت درونی (ذهنی) فرد است. یادگیری درونی شده، قابل تعمیم به موقعیت های جدید چه داخل و چه خارج از برنامه نیز هست. این تکامل را می توان بر حسب چهار مرحله تقسیم بندی کرد:

- همکاری: در این مرحله، درونی سازی کم تر به چشم می خورد.
- هم نوایی: در این مرحله، فرد بدین علت از تعلیمات برنامه پیروی می کند که قبل از هر چیز، انگیزه

پیوندجویی خود را با اجتماع TC حفظ کند و از روابط زیان‌بار ناخواسته‌ای که ممکن است شکل بگیرد، پیشگیری کند.

- **تعهد:** در این مرحله، افراد به این تصمیم شخصی می‌رسند که در فرآیند درمان باقیمانده و برنامه درمانی را به پایان برسانند.

- **یگانگی:** مرحله‌ای تکامل یافته است که در حین درمان آغاز می‌شود، اما آشکارا پس از جدایی فرد از برنامه، ظهور می‌کند.

تغییر هویت: یک نشانه ظریف و آشکارکننده مرحله یگانگی، تغییر در هویت است که توسط خویشتن فرد و نیز دیگران درک می‌شود.

مراحل پذیرش

پذیرش اولیه: مناسب‌تر است برای جلوگیری از به وجود آمدن مشکلات احتمالی، بیمار با یکی از اعضای مهم و نزدیک خانواده نظیر پدر، مادر، همسر، خواهر یا برادر برای پذیرش اولیه مراجعه کند.

اهداف پذیرش اولیه:

- شناخت متقابل مراجع و درمان
- فراهم آوردن یک دیدگاه کلی و منطقی برای درمان
- مشخص کردن مشکلات و مسائلی که باید روی آن کار شود.
- مرور عملی ارزیابی نیازها
- بحث در مورد نقش افراد مهم خانواده در درمان
- بررسی ملاک‌های پذیرش در مراجع

پذیرش نهایی

این مرحله مقدم بر شروع درمان است که آن بیمار از لحاظ جسمانی - روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. طول مدت این مرحله بین ۲ تا ۷ روز است.

طب سوزنی در درمان اعتیاد

درمان بیماران وابسته به مواد افیونی اولین بار در هنگ‌کنگ در سال ۱۹۶۰ گزارش گردید. در آغاز هیچ توجیهی برای این مطلب وجود نداشت تا این که در

سال ۱۹۷۹ افزایش سطح آندروفین متعاقب استفاده از طب سوزنی در بدن معتادان به هرویین اثبات گردید.

اساس درمان در طب سوزنی

در طب سوزنی اساس درمان بر مبنای نقاط و کانال‌های انرژی موجود بر روی بدن است. در این رابطه دوازده کانال انرژی زوجی مربوط به دوازده قسمت از اعضای مهم بدن شامل: روده بزرگ، معده، روده کوچک، مثانه، کیسه صفرا و پیلور (مربوط به انرژی یانگ)، قلب و طحال، ریه، کلیه، کبد و دوازدهه (مربوط به انرژی یین) وجود دارند.

مکانیسم‌های عصبی-شیمیایی طب سوزنی در اعتیاد

بیش‌ترین تعداد گیرنده‌های مواد مخدر در بادامه یافت می‌شوند. ناحیه پیرامون نقاط مغز میانی از نظر تعداد گیرنده‌های افیونی دومین ناحیه است. هیپوتالاموس، تالاموس میانی، قسمت فوقانی هسته‌های دُم‌دار و پوتامین، مناطقی هستند که دارای بیش‌ترین گیرنده‌های

افیونی می‌باشند. توزیع گیرنده‌های افیونی (مرفین)
ارتباط نزدیکی با راه‌های نخاعی تالاموس قدامی و
نخاعی - شبکه‌ای دارد که واسطه اجرای مؤثر و محرک
درد می‌باشد.



نشر سیمیا
simia.ir

فصل ۷

شخصیت و نقش سازه‌های آن در سوءمصرف مواد

مقدمه

شخصیت از دو قسمت مهم تشکیل شده است: مزاج و منش. مزاج همان سطح عمومی پاسخگویی فیزیولوژیکی به محیط است.

منش چگونگی یادگیری ما درباره کارهایی که باید انجام دهیم و نحوه انجام آن‌ها را یاد می‌گیریم. مزاج و منش عناصر اولیه تمام اختلالات شخصیت هستند.

شخصیت چیست؟

شخصیت را با افکار، احساس و عمل پایدار فرد نشان می‌دهند. حالت عبارت از شرایط کنونی فرد است. اختلالات شخصیت الگوهای صفات انعطاف‌ناپذیر و ناسازگارانه هستند که باعث به‌وجود آمدن نقص‌های عمده در عملکرد هنجار فرد می‌شوند.

مزاج و نواخواهی (نوجویی) در نوجوانان مصرف‌کننده

مواد

بررسی ارتباط بین این دو سیستم نظریه‌پردازانه برای

کسب اطلاعات بیش‌تر در اصطلاحات بدیع‌طلبی یا تحرک‌طلبی که یک عامل توصیف‌کننده است، صورت پذیرفته است. این فرضیه چنین بیان می‌دارد که تمایل به جستجوی چیزهای جدید، تنوع‌طلبی و تجربه هیجان عاملی است که در ترکیب با محیط و شرایط محیطی و دیگر اسنادهای شخصی، خطر مصرف مواد و دیگر مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد. تحقیقات بر روی حیوانات یافته‌های این پژوهش را حمایت کرده است. تحقیقات نشان داده که نوجویی و تحرک‌طلبی نوجوانان که بدیع‌طلب و تحرک‌طلب هستند، رابطه متقابلی با مصرف مواد دارد.

مدل عصب، روان داروشناختی کلونینگر

این مدل نظریه سیستم مغز گرفته شده است و بیان می‌دارد که ابعاد مزاج نسبت به دیگر سیستم‌های نظام‌مندی که ثبات و پایایی بعضی رفتارها در سنین اولیه را سبب می‌شوند، برای اندازه‌گیری شخصیت مناسب‌تر و قابل دسترس‌تر هستند.

ابعاد نظریه مزاج:

- هیجان‌پذیری منفی: تمایل و آمادگی این که فرد به راحتی و به شدت بر آشفته و خشمگین می‌شود.
- عدم انعطاف‌پذیری یا بازداری: که در آن فرد نسبت به موقعیت‌های جدید هیچ انعطافی نشان نمی‌دهد و بسیار خشک برخورد می‌کند.
- اجتماع‌پذیری: تمایل به بودن در کنار مردم و علاقه به آن‌ها و معاشرت با آن‌هاست.
- جهت‌دهی توجهی به وظیفه یا مقاومت: تمایل به تمرکز و توجه به وظایف محول شده و علاقه به تکمیل آن‌هاست.
- هیجان‌پذیری مثبت: تمایل به تجربه راحت و ساده تأثیرات مثبت است.
- طرز برخورد یا نزدیک شدن: تمایل به نزدیک شدن به دیگران لذت بردن از موقعیت‌های جدید است.

ابعاد شخصیت از دیدگاه کلونینگر

تئوری کلونینگر بر اساس این فرض بنا نهاده شده که

مصرف مواد ممکن است با سیستم‌هایی از مغز در ارتباط باشد که به‌طوری درگیر محرک‌های جدید تنفرآمیز و اشتیاق آور هستند.

این تئوری بیان می‌کند که تمایل به مصرف مواد مرتبط با سطح نسبی انتقال‌دهنده‌های عصبی منوآمین است که به سه صفت اساسی و زیربنایی مربوط است:

- بدیع‌طلبی: مربوط به سطوح مختلف دوپامین است.
- اجتناب از آسیب: مربوط به سطوح مختلف سروتونین است.

- وابستگی به پاداش: مربوط به سطوح مختلف نوراپی‌نفرین است.

نگرش و باورهای ناکارآمد در اختلال سوءمصرف مواد

ویژگی‌های نگرش‌های غیرمنطقی از دیدگاه درآیدن عبارتند از:

- انعطاف‌ناپذیر هستند.
- غیرمنطقی هستند.
- منطبق بر واقعیت نمی‌باشند.

- مانع رسیدن به اهداف و مقاصد اصلی فرد، بقای فردی و شادی می گردند.

جوانبخت، (۱۳۷۸) به این نتیجه می رسد که معتادان از تفکر غیرمنطقی و غیرانطباقی بیش تری برخوردار می باشند.

حاج حسینی (۱۳۸۱) گزارش می کند که سبک اسناد جوانان معتاد بدبینانه تر از جوانان غیرمعتاد است و آن ها به نسبت بیش تری به درماندگی آموخته شده مبتلا هستند

نشر سیمیا

دیدگاه یک

وقتی فرض های ناکارآمد فعال شدند، افکار خودآیند منفی را بر می انگیزند. از این نظر به این افکار منفی می گوئیم که با هیجانات ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آن ها خودآیند می گوئیم، چون خودبه خود به ذهن افراد متبادر می شوند.

الیس تأکید می کند که نوع تفکر و باور فرد معتاد است که وی را به مصرف مواد می کشاند و یا از آن دور

می‌سازد. برنز، (۱۹۹۷) بر این باور است که نگرش‌های فرد اگر بازنگری و ارزیابی دوباره نشوند، به ضد خود تبدیل می‌شوند و به جای حل مشکل، ایستایی و رکورد را در پی دارد. به بیان دیگر تفکرات غیرانطباقی علت بسیاری از رفتارهای غیرمنطقی مانند اعتیاد هستند. سلیگمن، در سال ۱۹۸۷ با تلفیق نظریه سبک اسناد وینر نظریه‌ای جدید ارائه کرد. در این نظریه درماندگی آموخته شده فرد از پیامدهای غیرقابل کنترل وی ناشی نمی‌شود بلکه تبیین‌های عملی فرد تعیین‌کننده رفتار و انتظارهای بعدی وی هستند.

وی معتقد است که تبیین‌های کلی افراد بر اساس سه محور درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار، کلی (همه شمول) اختصاصی صورت می‌گیرد.

الماسی به این نتیجه رسیده است که رفتارهای خود تخریب‌گری از جمله مصرف الکل و اعتیاد به موادمخدر در افرادی که منبع کنترل درونی دارند، کمتر دیده می‌شود و در ترک مواد هم سریع‌تر موفق می‌شوند.

درمان شناختی - رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و به این منظور از بحث‌های منظم و تکالیف درمانی رفتاری سازمان‌یافته استفاده می‌شود. هدف اصلی از درمان شناختی - رفتاری سوءمصرف مواد، تسهیل اکتساب مهارت‌های ویژه برای مقاومت در برابر مصرف مواد و مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش مشکلات مربوط به سوءمصرف مواد است.

معنویت، رفتار اعتیادی و بهبودی

معنویت با چهار ویژگی ایجابی قابل معرفی است:

- جهان شمولی

- فنا

- بی‌کراستگی

- بی‌مرزی

نقش روان‌شناختی مذهب در بهبودی

آلپورت روان‌شناس برجسته در نظریه بدیع خود پیرامون

سازمان روانی و شخصیت آدمی به طرح مفهومی پرداخت که آن را خود مختاری کنشی نام نهاد. آلپورت گرایش‌های مذهبی آدمی را به دو دسته بیرونی و درونی تقسیم نمود.

گرایش‌های مذهبی افراد، آن‌گاه بیرونی است که از مذهب به‌عنوان وسیله‌ای جهت پدید آوردن تقویت بیرونی و یا برداشتن موانعی استفاده کنند و آن‌گاه درونی است که ارزش‌های مذهبی برایشان محسوب شود. جهت‌گیری بیرونی نسبت به مذهب رابطه‌ای با معیارهای بهداشت روانی چون رفتار مناسب اجتماعی، رهایی از نگرانی، احساس شایستگی، کنترل، یکپارچگی و انسجام شخصیت دارد. هنگامی که جهت‌گیری فرد نسبت به مذهب درونی می‌شود، مضامین مذهبی در تأمین بهداشت روانی نقش فعالی خواهند داشت.

جهت‌گیری مذهب به انسان

مذهبی می‌تواند به رشد معنوی آدمی کمک کند که به هفت نیاز انسان پاسخ دهد، این نیازها عبارتند از:

- نیاز به فلسفه زندگی
- نیاز به ارزش‌های خلاق
- نیاز به رابطه با قدرتی برتر، دوست داشتن و عشق ورزیدن

- نیاز به رشد دادن خویشتن
- نیاز به حس تعلق خوشبینانه به دنیا
- نیاز به اجتماعی حمایت‌کننده که رشد معنوی را تقویت کند.
- نیاز به حرکتهای متعالی

بازگشت به جامعه و مراقبت پس از درمان

یکی از مهم‌ترین مراحل موفقیت نهایی درمان، بازگشت به اجتماع است. مراقبت‌های پس از درمان نیز یکی از مراحل درمان است که در واقع پیگیری تکمیل برنامه کوتاه مدت درمان است.

هدف این مرحله جلوگیری از عود اعتیاد و توسعه کارایی روانی - اجتماعی افراد است.

به کارگیری اصول بهداشت عمومی

الگوی بهداشت عمومی سه درس کلیدی درخصوص سیاست مواد مخدر را به ما می آموزد:

- جوانان باید درباره ظواهر فریبنده مواد مخدر آموزش ببینند.

- در خصوص الگوی بهداشت عمومی است و این مربوط به کسانی است که هنوز در دوران «ماه غسل» هستند. این درس نتایج مهمی در مقوله درمان اعتیاد دارد.

- شامل کسانی است که مصرف آن ها آن قدر پیشرفت کرده که نیازمند درمان هستند، اما به طور جدی جویای درمان نیستند، زیرا حتی بهترین برنامه درمانی نیز نمی تواند به آن ها کمک کند.

درس سوم الگوی بهداشت عمومی شامل نیاز اساسی برای تشویق مردم به طی دوره درمان است.

مشکل این بخش آن است که باید به بیماری پرداخته شود که ویژگی اصلی آن انکار است.

فصل ۸

اعتیاد و خانواده

برنامه خانواده

بیماری اعتیاد کل خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد، از این رو در اعتیاد، آن را «بیماری خانوادگی» نام نهاده‌اند. الگوهای ارتباطی مخربی که در خانواده اعتیاد وجود دارد:

- میدان دهی: نام یک الگوی رفتاری غیرسازشی است که خانواده‌ها توسط آن مسئولیت حفاظت از معتاد را به عهده می‌گیرند تا او را از عواقب ناخوشایند اعتیاد در امان نگه دارند.
- فریادرس: معتاد را تحت پوشش خود قرار می‌دهد.
- خانه‌پا: همانند فریادرس، فرد خانه‌پا مسئولیت‌های معتاد را می‌پذیرد.
- قهرمان: فرد قهرمان با ایفای نقش یک «برمرد» یا «ابرزن» در محل کار و منزل توجه خود را از مشکل اعتیاد دور می‌کند.
- گله‌مند: وقتی که اعضای خانواده چنین نقشی را بازی می‌کنند، فرد معتاد سپر بلا می‌شود.

- **منطبق:** یک فرد منطبق به منظور اجتناب از درد و فرار از مشکلات ناشی از اعتیاد خود را از موقعیت‌ها کنار می‌کشد، حرف نمی‌زند و اوقات بسیاری را در تنهایی به سر می‌برد و به نظر می‌رسد که فاقد احساس است.

- **جوش دهنده:** فرد جوش‌دهنده مصرف مواد، معتاد را مدلل می‌سازد.

- **هم وابستگی:** را بیماری خود فراموشی نام نهاده‌اند. به اعتقاد لاوینسون به‌طور کلی افراد هم وابسته دارای چهار نشانه عمده هستند:

- اشکال در تجربه سطوح مناسب عزت نفس

- اشکال در ایجاد مرزهای سالم

- اشکال در پذیرش و تصدیق کردن واقعیت خود

- اشکال در برآورده کردن نیازهای مربوط به خود

نظریه‌های شناختی - عاطفی

این نظریات بر این فرضیات استوارند که:

- اصلی‌ترین دلیل فرد در مصرف مواد، انتظارات و

برداشت‌های او درباره مواد است.

- سایر عوامل نظیر صفات شخصیتی فرد یا ارتباط با همسالانی که ماده مخدر مصرف می‌کنند، آثار خود را بر شناخت‌ها، ارزیابی‌ها و تصمیم‌های وی درباره مواد مخدر به جا می‌گذارند.

نظریه عمل متکی بر استدلال

به اعتقاد فیش بین و آجنز، شروع مصرف آزمایشی مواد، فقط توسط «تصمیم‌گیری» نوجوانان در شروع رفتارهای ویژه مواد، تعیین می‌شود. در نظریه عمل متکی بر استدلال، ارتباط میان اطلاعات و نگرش‌ها از یک سو و نگرش‌ها و رفتار از سوی دیگر مد نظر است.

دو فرض ملحوظ در این نظریه عبارتند از:

- اکثر رفتارهای انسان تحت کنترل ارادی او قرار دارند و با توجه کردن به نیت فرد یا از طریق کلام او قابل پیش‌بینی است.

- انسان‌ها معمولاً معقولانه عمل می‌کنند و پیش از اجرای عمل، اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می‌گیرند.

نظریه رفتار طرح‌ریزی شده

آجزن بازنگری مهمی را در نظریه رفتار متکی بر استدلال انجام داده است و نظریه رفتار طرح‌ریزی شده را مطرح نمود. وی ادعا کرد که در رفتار فرد سه عامل مؤثر است و نه دو عامل، یعنی علاوه بر نگرش‌ها و هنجارها، عامل سومی تحت عنوان، کنترل رفتار ادراک شده یا به تعبیر بندرا، خودکارآمدی و در دیدگاه راتر منبع کنترل، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

نظریه‌های یادگیری اجتماعی مصرف آزمایشی مواد

در سال ۱۹۳۹ جامعه‌شناسی به نام ادوارد ساترلند نظریه‌ای را مطرح کرد که بر اساس آن رفتارهای بزهکارانه‌ای نظیر M.I.M و ارتکاب جرم، رفتارهای اجتماعی آموخته شده در گروه‌های کوچک و دوستانه

هستند. جامعه‌شناسان بعدی نظیر آکرز و روان‌شناسان شناخت‌گرا نظیر بندورا، ضمن تأیید نسبی نظریات ساترلند بیان کردند که جوانان باورهای خود را در مورد رفتارهای بزهکارانه از الگوهای نقش کسب می‌کنند، خصوصاً از دوستان نزدیک و والدین.

نظریه‌های تعهد به رسوم و قواعد و تعلق اجتماعی

همانند نظریه‌های یادگیری اجتماعی، نظریات کنترل اجتماعی الیوت به نقل از پترتسن، فیلی و میلر و الگوی رشد اجتماعی هاوکینز و ویس چنین فرض می‌کنند که تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، علت اصلی M.I.M است، ولی برخلاف نظریه‌های یادگیری اجتماعی، این دو دیدگاه بر علل این تعلق و دلبستگی تکیه دارند.

فصل ۹

خطرات بهداشتی مصرف مواد تزریقی

مقدمه

سرنگ‌های مشترک و چند بار مصرف، سوزن‌ها و دیگر تجهیزات تزریق دارو، مصرف‌کنندگان مواد دارویی تزریقی را در معرض خطر ابتلا و انتقال HIV دیگر عفونت‌های خونی قرار می‌دهد، مثل هپاتیت B (HBV) و هپاتیت C (HCV). علاوه بر تزریق دارو داشتن روابط جنسی محافظت نشده با افراد آلوده، مهم‌ترین راهی است که این بیماری‌ها و دیگر بیماری‌های قابل انتقال از راه تماس جنسی (STDS) منتقل می‌شوند. در روند همه‌گیر شدن ایدز HIV عمده‌ترین گروه در معرض ابتلا به HIV در آمریکا مردانی هستند که با دیگر مردان رابطه جنسی داشته‌اند. تزریق‌کنندگان مواد مخدر، شرکای جنسی تزریق‌کنندگان و افرادی که تزریق خونی دارند، نیز در رده‌های بعدی قرار می‌گیرند.

ایدز HIV

کلمه ایدز (AIDS) یا «شانگان نارسایی ایمنی اکتسابی» همان‌طور که از نامش برمی‌آید، نتیجه کاهش اکتسابی

توان دستگاه ایمنی است.

منظور از نشانگان یا سندرم آن است که ابتلا به ویروس ایدز می‌تواند به مجموعه کاملی از نشانه‌های بالینی متنوع یا اختلال‌های مرتبط با یک‌دیگر منجر شود.

در سال ۲۰۰۰ ناقلان ویروس ایدز در کشورهای در حال توسعه ۹۵٪ از کل ناقلان ویروس در جهان را تشکیل می‌داده‌اند. «دوره مخفی» آلودگی یک فاصله زمانی در حدود ۲۵ روز است که خون دهنده تازه آلوده‌شده‌ای که هنوز به اندازه کافی پادتن قابل تشخیص در وی ایجاد نشده، می‌تواند آلوده‌کننده باشد.

هپاتیت‌های ویروسی (انواع هپاتیت)

هپاتیت C در سراسر جهان به‌عنوان یک علت اصلی هپاتیت مزمن سیروز کبد (یک بیماری شدید کبدی) و سرطان کبد شناخته شده است.

بین تاریخ آلوده شدن تا اثبات آزمایشگاهی آلودگی دست کم باید نه ماه بگذرد. این مدت که دوره انتظار نامیده می‌شود، در هپاتیت C خطرناک‌تر است.

سل

اگر آلودگی به ویروس ایدز و بیماری ایدز را به عنوان «بیماری نو پدید» بنامیم بیماری سل که یک مشکل عمده بهداشت عمومی در نیمه نخست قرن بیستم بوده، باید «بیماری بازپدید» نامیده شود.

به برکت واکسن (BCG) بیماری سل در کشورهای اروپایی و کشورهای پیشرفته دیگر مهار شده، اگرچه ریشه کن نشده است. عامل اصلی و وجه مشترک بیماری سل و ویروس ایدز، ضعیف شدن دستگاه ایمنی بدن است.

امروزه نارسایی دستگاه ایمنی که همزمان با آلودگی به ویروس ایدز پیش می آید، مهم ترین عامل خطر برای دوباره فعال شدن سل خفته است که آن را به یک بیماری مرگبار تبدیل می کند.

بیماری های منتقله از راه آمیزش جنسی

نخستین نسل بیماری های منتقله از راه آمیزش جنسی شامل سیفلیس، سوزاک این که باز پدید آمده اند، در

همین حال نسل دوم بیمارهای آمیزشی مانند تبخال تناسلی، هریس تناسلی و سایر بیماری‌های ویروسی از جمله هپاتیت B و C و ویروس ایدز هم به‌عنوان بیماری‌های نو پدید به‌سرعت در حال گسترش‌اند.



نشر سیمیا
simia.ir

فصل ۱۰

پیشگیری

مبانی نظری

سه رویکرد اصلی به پیشگیری از مصرف مواد عبارتند از:

- برنامه‌های پیشگیری مدرسه‌مدار
- برنامه‌های پیشگیری جامعه‌مدار
- برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر خانواده
- دو رویکرد اضافی دیگر:
- برنامه‌های پیشگیری چندبخشی
- سیاست‌گذاری برای مردم

برنامه‌های مدرسه‌مدار

این برنامه رویکردهای مختلفی دارند.

برنامه‌های آموزشی شناختی

این برنامه‌ها به افزایش دانش کودکان در مورد الکل و مواد گرایش دارند.

برنامه‌های عاطفی - بین فردی

هدف این برنامه‌ها افزایش درک خود، فهم احساس‌ها و روابط بین فردی و آگاهی از ارتباطات و فرآیندهای

تصمیم‌گیری است. این برنامه‌ها از بستر نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتار مشکل‌دار برخاسته‌اند. این برنامه‌ها با وجود زیربنای بسیار وزینی که دارند، اثر کمی در کاهش مصرف، ادامه عدم مصرف یا به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد داشته‌اند.

برنامه‌های جایگزین

این برنامه بر این فرض استوارند که فراهم ساختن مهارت‌ها و ایجاد کفایت به کاهش سوءمصرف مواد می‌انجامد.

برنامه‌های رفتاری که بر دو نوعند:

- رویکرد اثرهای اجتماعی که به تأثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می‌شوند، هم‌چون فشار والدین، همسالان و رسانه‌ها تمرکز یافته و به افزایش مهارت‌های سازگاری که به فرد در مقاومت کردن در برابر این تأثیرها کمک می‌کند، می‌پردازند.
- آموزش مهارت‌های فردی - اجتماعی که مبتنی بر اصول الگوی تأثیرپذیری اجتماعی است و به

دانش‌آموزان کمک می‌کند که آن دسته از مهارت‌های فردی و اجتماعی را که کاربرد عمومی دارد فراگیرند.

برنامه‌های جامعه‌مدار

این برنامه‌ها به آموزش پیشگیری در رسانه‌ها، والدین و گروه‌های اجتماعی می‌پردازند، اما نتایج مبهمی داشته‌اند.

برنامه‌های متمرکز بر خانواده

این برنامه‌ها بر سه دسته‌اند:

- آموزش والدین و آموزش مهارت‌های خانواده
- شیوه‌های گوناگون خانواده درمانی
- گروه‌های خودیاری خانواده

این رویکرد در برخی کشورها جهت کاهش سوءمصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. این تغییرات شامل موارد زیر بوده است:

- افزایش مالیات مستقیم و غیرمستقیم
- کاهش دسترسی با افزایش حداقل سن خرید

- کاهش تعداد نمایندگی‌های فروش الکل
- کاهش فروش در معابر عمومی
- نظارت در درج مطالب آگاهی‌های نوشابه‌های الکلی
- افزایش آگاهی بر علیه مواد

آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد

یکی از روش‌های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه‌های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. بهترین شیوه آگاه کردن افراد، تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره موضوع موردنظر می‌باشد. گروه‌های مختلفی که باید تحت پوشش فعالیت آگاه‌سازی قرار می‌گیرند، عبارتند از:

- نوجوانان و جوانان
- والدین

آموزش مهارت‌های زندگی

علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آن‌ها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است؛ بنابراین آموزش

برخی مهارت‌ها، قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آن‌ها به اعتیاد می‌شود:

- مهارت مشکل‌گشایی
- مهارت مقابله با مشکلات
- مهارت مقاومت در برابر فشار گروه

مهارت مقابله با مشکلات:

- مقابله عاطفی روشی است که فرد برای تأمین آرامش درونی خود در رویارویی با مشکلات به کار می‌برد.

- مقابله عملی فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام می‌دهد.

مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع): بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.